

Guichet d'accès santé mentale - Adulte
1900 rue Notre-Dame, Lachine QC H8S 2G2

**RÉFÉRENCE AU GUICHET D'ACCÈS
EN SANTÉ MENTALE - ADULTE**

Date de réception : _____

Données nominatives : Dossier _____
Sexe F H
Langue F A

Nom et prénom

Adresse

(____) _____
Téléphone (domicile)

(____) _____
Téléphone (travail)

__A__ / __M__ / __J__
Date de naissance

NAM

Référé par :

- accueil psychosocial 1^e ligne, précisez : _____
 2^e ligne organisme communautaire, précisez : _____
 autre, précisez : _____

Identification du client :

Motif de consultation

1. Motif de consultation et déclencheurs (depuis quand ?, pourquoi consulter maintenant ?) :

2. Attentes / demandes exprimées par le client :

3. Réseau de soutien : personnel (famille, proches) et professionnel (autres suivis en cours) :

4. Facteurs qui améliorent ou qui risquent d'aggraver la situation :

Description du problème ou des symptômes :

Diagnostic(s) si connu(s) :

Médecin généraliste :
Médication :
Observance :

Risque :	Idées suicidaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Idées de violence <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, vérifiez s'il y a présence d'un plan (comment, où, quand ?) et d'intention :		

Facteurs de stress connus (autres que ceux nommés au recto)		
<input type="checkbox"/> difficultés conjugales	<input type="checkbox"/> problèmes financiers	<input type="checkbox"/> trauma
<input type="checkbox"/> rupture / séparation	<input type="checkbox"/> emploi / perte d'emploi	<input type="checkbox"/> violence conjugale ou familiale
<input type="checkbox"/> relation parent – enfant	<input type="checkbox"/> études	<input type="checkbox"/> abus sexuel
<input type="checkbox"/> relations interpersonnelles	<input type="checkbox"/> logement / hébergement	<input type="checkbox"/> maladie d'un proche
<input type="checkbox"/> deuil	<input type="checkbox"/> agressivité envers autrui	<input type="checkbox"/> troubles mentaux dans la famille
<input type="checkbox"/> autre, précisez :		

Problème(s) concomitant(s)		
<input type="checkbox"/> abus de substances	<input type="checkbox"/> problème de jeu	<input type="checkbox"/> maladie physique
<input type="checkbox"/> problèmes légaux	<input type="checkbox"/> problèmes cognitifs	<input type="checkbox"/> autre
Précisez :		

Antécédents personnels et familiaux :

Opinion synthèse et recommandations :
Priorisation : <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Non urgent

Documents joints (ou demandés par vous et qui sont en attente de réception) :

Nom du référent (lettres moulées) : _____ **Titre :** _____

Téléphone : () _____

Date (AAAA / MM / JJ) _____

S.V.P. Veuillez transmettre votre référence à l'attention du « Guichet d'accès en santé mentale – Adulte », par courrier au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle ou par télécopieur au (514) 639-9116. Pour plus d'informations, contactez- nous au (514) 639-0660 poste 435 ou aux # de téléavertisseur suivants : (514) 230-0878 et (514) 230-0960.